Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS NIÑO/A PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

UDS: KWESX FXIW WESX-SEMILLITAS DE AMOR 1
PARTICIPANTE: YAIR HERNANDO CHAPEÑO PETE
RC X No. 10845799994



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotografía física, va sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	Si		
Fotocopia del documento de identidad (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez	Si		
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. – ó Acta de visita para criterios de focalización	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses	Si		
ocumento que acredite la afiliación Sistema de Seguridad Social en alud vigente.	Formalización del cupo y Seguimiento	Cada 3 meses	Si		

Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0	CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024 / **Fecha última modificación:** 24 de febrero del 2025	**Versión:** 1

Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el participante asista a la valoración según esquema establecido	Si		
Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI	Si		
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.			
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (Copia del Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año	Si		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	Si		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización uso de imágenes	Formalización del cupo	Una sola vez	Si		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya novedades	Si		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	Si		
Fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	Si		

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.084.579.994

Indicativo Serial 59236367

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L Y B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE NATAGA - COLOMBIA - HUILA - NATAGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHAPEÑO	PETE

Nombre(s)

YAIR HERNANDO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes ENE Día 27	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA HUILA NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	170968734

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PETE ACHICUE ROSA MARIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.084.576.642	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CHAPEÑO CAINAS JOSE HERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 83.250.273	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHAPEÑO CAINAS JOSE HERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 83.250.273	Jose Hernando chapeño

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes FEB Día 04	Marlem Yisela Pérez Cabrera MARLEM YISELA PEREZ CABRERA - REG Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Jose Hernando chapeño Firma	Marlem Yisela Perez Cabrera Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil

FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

PUEBLO NASA
REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL HUILA
MUNICIPIO DE NÁTAGA
RESGUARDO INDÍGENA DE LLANO BUCO (BUKJ UKUE)
NIT No 813009725-1

CERTIFICADO

La suscrita Erika Paola Arango Cayapu, en calidad de autoridad política del Resguardo Indígena de Llano Buco (Bukj Ukue), municipio de Nátaga

CERTIFICA

Que **Yair Hernando Chapeño Pete**, identificada Registro Civil N° **1.084.579.994**, es indígena reconocido del pueblo Nasa. Nacido y criado dentro del territorio del Resguardo Indígena de Llano Buco, ha vivido en armonía con nuestras tradiciones, compartiendo y practicando los usos y costumbres propios de nuestra comunidad.

Además, su labor ha contribuido al fortalecimiento de la identidad cultural y al desarrollo del tejido social, promoviendo los valores ancestrales del pueblo Nasa y el bienestar del territorio.

Dado y firmado a los 11 días del mes de septiembre de 2025, en la oficina del Cabildo Indígena de Llano Buco, Nátaga, Huila.

Firman

ERIKA PAOLA ARANGO CAYAPU
Gobernadora Principal
CC. 1.084.868.979

ABDÍAS CUSPIAN CUETUMBO
secretario general
CC.1.002.980.013

Resguardo indígena de Llano Buco (Bukj Ukue), cel. 3157204399 email: resguardollanobuco@gmail.com

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1084579994
NOMBRES	YAIR HERNANDO
APELLIDOS	CHAPEÑO PETE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	IQUIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/02/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/21/2025 16:51:55	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999

QUIEN SOY

Nombres y Apellidos: Yair Hernando chapeño peto

Edad: Año: Mes (es):

Identificación: 1084579994 T. Sangre: O P.

Nombre de Mama: Rosa Marie Peto. Ocupacion: Ama de casa

Nombre de Papa: Jose Hernando chapeño Ocupacion: Agricultor.

Dirección: Llano Buco Tel o Cel:

DATOS PERSONALES DE REGISTRO DE CRECIMIENTO

Información de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento: DD: 27 MM: 07 AA: 2022

Recién Nacido: Pretermino _____ A termino _____ Edad Gestacional 40

Enbarazo: Unico — Múltiple _____ No de Gestaciones 4

Lugar que ocupa entre los hermanos 2

Peso _____ Grs, Talla _____ cms Perímetro Cefálico _____ cms

Tiene Hermano Menor: Si ____ No x Fecha de Nacimiento _____

Alimentación:

Edad introducción de alimentos diferentes a la leche materna _____

Edad en que se suspendela lactancia materna semanas ____ Meses ____

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIDO SI	CUMPLIDO NO
2022	MARZO	29	12+00	✓	
2022	JUNIO	29			
2022	Septiembre	13	10 AM	x Monserrat Moya	
2022	Diciembre	15	2 PM	✓ Daniela 6	
2023	Marzo	20		✓ Daniela 6	
2024	Febrero	11			
2024	Marzo	11			
2024	Septu				
2025	Julio	18	MD	✓	
2026	Julio				

Juega conmigo, desde muy pequeña entiendo que estas jugando cuando imitas sonidos de animales, haces gestos; cuando tomas un juguete y lo escondes y lo apareces nuevamente.

Cuando me veas llorar, acariciame pues tus manos alivian mi dolor, reducen mis temores y mis miedos.

Permiteme explorar, recuerda que yo estoy empezando a conocer el mundo, necesito que tengas paciencia para que me expliques sus riesgos.

Su hija o hijo puede disfrutar en su infancia el calor de la relación que le brinden sus padres, hermanos, abuelos y otros parientes; teniendolos como personas disponibles para su cuidado y protección, ligados a el por el vinculo que genera placer mutuo. De esta manera tendrá mas tarde confianza en si misma(o) contara con un desarrollo biológico, psíquico y social armónico

FORMULARIO DE REGISTRO

Fecha de Toma de Medida	Edad en años y meses	Peso en Kilogramos	Talla en Centimetros	Evaluacion
29/03/22	2 meses	3,8	55	DNT GLOBAL R. talla baja PC normal
12/07/22	5M	6,6 kg	63cms	DNT Aguda
13/09/2022	7M	8,4 kg	69cm	Peso Normal Talla Normal
15-12-22	10M/9dias	9. kg	705	P/T Adecuado Talla baja.
20/03-23	1A/1M	9,6kg	74cm	P/T Adecuado
11-9-23	1A-7M	11,3 kg	78cm	P/T
11-03-24	2A/1M	12,6 kg	82,4 cm.	PT
18/07/25	3A/7m	15,3	96,5	Saludable

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIEN NACIDO

Resultado Tamizaje Neonatal			
TSH neonatal	Normal	Alterado	
Auditivo OEA/PEAA	Normal	Alterado	
Cardiopatía Congénita Compleja	Normal	Alterado	
Visual	Normal	Alterado	

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1ª entrega	
2ª entrega	
3ª entrega	

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1ª entrega	
2ª entrega	
3ª entrega	
4ª entrega	
5ª entrega	

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m	
1 año	
2 años	
3 años	
4 años	
5 años	

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

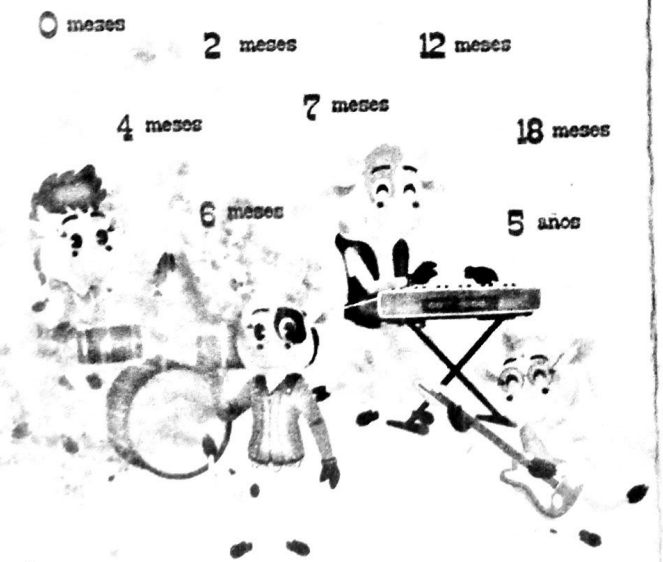
3 años	
4 años	
5 años	

*Menor o igual a 20 normal

Vacuna oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

difteria, tosis meningea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años:



Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Yair Hernando Chaparro

Fecha de nacimiento: 27 ENERO 202

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1084579991

Sexo: MASCULINO

Grupo sanguíneo: O positivo

Peso al nacer: 3070 GR Talla: 50 CM

Dirección: V llano bajo

Teléfono 1: 3175701062

Teléfono 2:

Responsable: ROSA MARIA PETE ACHICUE

Municipio de residencia: IQUIRA

Departamento: HUILA.

Busca ya las vacunas

¡es gratis. hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos:

Tipo Identificación:

No. ID:

			Edad de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Lote	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombre y cargo del vacunador
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	27	01	22	Serum	037064				
	Hepatitis B	Recién nacido	27	01	22	Serum	032020				
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	29	03	2022	Biologica	2 1 1 4 0 0 6				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	29	03	2022	Serum	2 8 7 0 4 0 3 8				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	29	03	2022	Serum	1 8 5 0 4 0 3 8				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	29	03	2022	Serum	1 8 5 0 4 0 3 8				
	Diarrea por rotavirus	1.ª	29	03	2022	GSK	A 5 0 1 C B 7 1				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	14	03	2022	GSK	A 5 N W B 3 2 1				
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	23	04	2022	Biologica	2 1 2 1 0 0 4				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	23	04	2022	Serum	1 8 5 1 X 0 0 7				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	23	04	2022	Serum	1 8 5 1 4 0 0 7				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	23	04	2022	Serum	1 8 5 1 4 0 0 7				
	Diarrea por rotavirus	2.ª	23	04	2022	GSK	A 5 0 1 B 0 4 1				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	23	04	2022	GSK	A 5 N W B 3 4 2				
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	23	2	23	BIO.	2 2 0 6 0 12				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	23	2	23	Serum	2 8 5 1 0 0 2 1				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	23	2	23	Serm	2 8 5 1 2 0 2 1				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	23	2	23	Serm	2 8 5 1 2 0 2 1				
	Influenza estacional	1.ª	19	07	23	Bioterma	V 5 0 5 2 3 0 04				
7 meses	Influenza estacional	2.ª	20	08	23						
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	23	03	23	Serum	0 1 3 1 N 0 107 B				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	23	03	23	PFIZER	F F 4 8 9				
	Varicela	2.ª	23	03	23		3 0 1 6				
	Hepatitis A	Única	23	03	23	MSD	3 0 0 4 0 12				
	Influenza estacional	Anual	23	5	23	Gree	V 5 0 5 2 3 0 04				
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	20	09	23	Serum	2 2 3 4 0 1				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	20	09	23		2 2 3 1 V 0 7 A				
	Fiebre amarilla	Única	20	09	23		3 3 B 5 0 1 E B				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo									
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo									
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	20	09	23		0 1 3 2 N 1 72 B				
	Varicela	Refuerzo									
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª									
		2.ª									
		3.ª									
Vacunas complementarias y otras dosis											

Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐

Lactancia materna exclusiva Si ☐

Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Asociación de Autoridades Tradicionales del Consejo Regional Indígena del Huila "CRIHU"
Res. de Registro y Constitución No. 0024 de 15 de Junio de 2004
Código de Habilitación IPSI-CRIHU No. 413960122702

CARNÉ DE PREVENCIÓN PARA LA SALUD BUCAL

Nombre y Apellidos: Yair Fernando Chapeno Rete

Fecha de Nacimiento: 27 - Ene - 2022

Identificación: 1084574494

Municipio: Iquira

Cabildo y/o Resguardo: Huila

FECHA DE ATENCIÓN				PROXIMA CITA		
DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO
20	02	2023	F. Barniz	20	08	2023
14	08	2023	A. Flour Barniz	14	02	2024
12	02	2024	CPB + F. Barniz	12	08	2024
12	07	2025	CPB + Flour B	12	01	2026

Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

ACTA DE COMPROMISO Y CORRESPONSABILIDAD CON PADRES DE FAMILIA Y/O CUIDADORES

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UCA kwesi fxiw wesx, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio CORHUELLAS. Manifiesto que he sido informado sobre las responsabilidades que me asisten en el marco del Código de Infancia y Adolescencia contemplado en la Ley 1098 de 2006, el cual expresa con relación al sentido de corresponsabilidad de la familia lo siguiente:

> *"Artículo 14. La responsabilidad parental. La responsabilidad parental es un complemento de la patria potestad establecida en la legislación civil. Es además, la obligación inherente a la orientación, cuidado, acompañamiento y crianza de los niños, las niñas y los adolescentes durante su proceso de formación. Esto incluye la responsabilidad compartida y solidaria del padre y la madre de asegurarse que los niños, las niñas y los adolescentes puedan lograr el máximo nivel de satisfacción de sus derechos. En ningún caso el ejercicio de la responsabilidad parental puede conllevar violencia física, psicológica o actos que impidan el ejercicio de sus derechos".*

En atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de atención a la primera infancia de mi hijo (a): Yair hernando Chapeño con RC No 1084579994 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al Unidad de Servicio, teniendo en cuenta que es un servicio que me presta el Estado en el marco de la garantía de los derechos de los niños y las niñas.
2) Participar de las actividades que sean convocadas por UCA, la Entidad Administradora del Servicio o el ICBF, con el fin de promover el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas.
3) Cumplir el horario de atención establecido en la UCA
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UCA.
5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a) Estos documentos son:

    1. Certificado de afiliación a salud.
    2. Fotocopia del registro civil del niño.
    3. Fotocopia del carné de vacunas actualizado
    4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado
    5. Certificación de SISBÉN.

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad Nataga

Nombre completo de la niña o niño yair hernando chupeño pete.

Fecha de nacimiento Día 27 Mes 07 Año 2022 N° Documento de Identidad 1084-579-994

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ Fecha de 1er día de atención en el año Día 19 Mes 08 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador sandra lucila cupaz.

Fecha de registro cualitativo Día 18 Mes 11 Año 2025

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

yair hernando participa en las experiencias pedagogicas, su pronunciacion es cada vez mas clara, cantar danzar pinta. se debe continuar fortaleciendo.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo *(en caso de perfil de desarrollo en alerta)*

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Acciones concretas a realizar para potenciar el **desarrollo** *(en caso de perfil de desarrollo en alerta)*

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

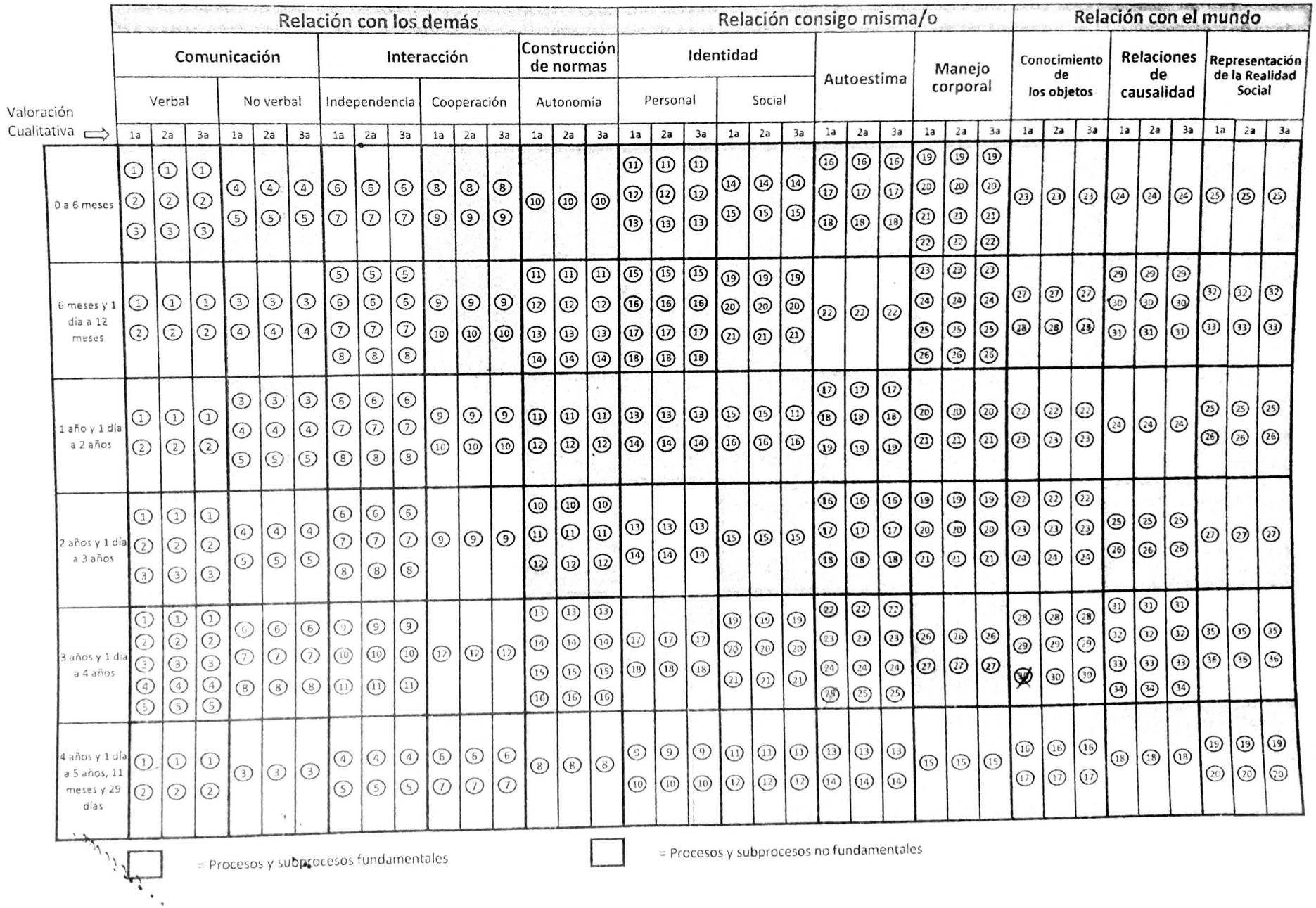
Fecha de resgistro **cualitativo** Día Mes Año

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro *valoración cualitativa* **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo *(en caso de perfil de desarrollo en alerta)*


Relación con los demás
Comunicación
Verbal
No verbal
Interacción
Independencia
Cooperación
Construcción de normas
Autonomía
Relación consigo misma/o
Identidad
Personal
Social
Autoestima
Manejo corporal
Relación con el mundo
Conocimiento de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la Realidad Social
Valoración Cualitativa
1a 2a 3a
0 a 6 meses
6 meses y 1 día a 12 meses
1 año y 1 día a 2 años
2 años y 1 día a 3 años
3 años y 1 día a 4 años
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Yair Hernando Chapeta Pete, identificado (a) con documento de identidad número 1045799944, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Rosa Maria Pete, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1084576642, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por CORHUELLAS, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa PROPIA E INTERCULTURAL

Suscriben:

Firma: Rosa Maria Pete
Nombre: Rosa Maria Pete
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3782389414.
Fecha: 29/08/2023.
Municipio: Nataga

NOTA. En caso de no contar con alguno de los documentos mencionados, informar en la UCA para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atención integral para mi hijo(a).

6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y demás actividades de promoción y prevención para lograr el mejor estado posible de salud.
7) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema de Educación Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
8) Informar y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a), adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control social que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Comunitaria

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 19 del mes Agosto del año 2025, en el Municipio de Nataga.

Rosa maria Peña
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Sandra Lucia Cupaz
AGENTE EDUCATIVA

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Rosa Maria pete Achicue., identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.084.576.642. de Nataga., padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Yoir Hernando Chapeta Pete, identificados con NUIP No. 7084 579 944., usuario de la unidad de servicio kwcsx fxiw wcsx., manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Nataga., a los 19. días del mes Agosto de 2025

Datos del padre o acudiente de la/el/los niño(as)

Nombre: Rosa Maria pete.

Firma: Rosa maria pete

CC. No. 1084.576.642

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Sandra Lucia Cupaz

Firma: Sandra Lucia Cupaz

CC. No. 55730843.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.084.576.642
PETE ACHICUE

APELLIDOS
ROSA MARIA

NOMBRES

Rosa maria pete A

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 14-SEP-1980
PAEZ (BELALCAZAR)
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

22-ABR-2006 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1905000-01176002-F-1084576642-20201104 0072302035A 1 8500827253

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 83250273

CHAPEÑO CAINAS
APELLIDOS

JOSE HERNANDO
NOMBRES

Jose Hernando Chapeño
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-ABR-1981
PAEZ (BELALCAZAR)
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

18-MAY-2001 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1905000-70099211-M-0083250273-20020116 07112 02015B 02 115257343

[E7_-121230]

RECAUDOS SUCHANCE

FECHA:18/10/2025 16:02:17

RECAUDO PARA:ELECTROHUILA

NIT:900299244

COLILLA:E7_-121236

TEL CLIENTE:0 002886986547

NOM CLIENTE:LISANDRO CHAPE?O CHACA

TRANSACCION:44363791

PLAN-OFIC:-98197403

OFICINA:

TEL CONTACTO

Vlr:****6220.0 IVA:****0.0 VT:******6220

OF:52 E:23995 SV:52003

[60 CUENTA NIU

22678

ta y pago electrónicos

co FT -CFE -05 -001

L A PAGAR

6.220

04/AGO/2025

02/OCT/2025

N 19/OCT/2025

CC 4724809

a 6110510667

lo 093

rato 1

730079

Factor Consumo (kwh)

1 14

sumo Anterior 7

ALIDAD DEL SERVICIO

:10 DIU:67.86633HC:.56833

0 VC:244 VCD:244

:0 CEC:4.08543

or Compensar

SEP JUL MAY MAR ENE NOV SEP

MAR 4

ENE 0

NOV 1

SEP 7

ULTIMO PAGO

Fecha 19/08/2025

Valor $ 5750

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
7.0	999.8811 =	6999
7.0	1074.3526 =	7520

CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)

Valor Total Energía del Periodo	$	14.519
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 8.483
Valor Total Energía Facturado	$	6.036

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES		OTROS CARGOS	
CONSUMO PERIODO	$	14.519	OTROS CARGOS	$ 0
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$	181	ALUMBRADO P	$ 181
AJUSTE DECENA	$	3	VALOR ELECTROHUILA	$ 6.039
SUBSIDIO	$	- 8.483		

ElectroHuila Transmitimos buena energía Nit 891.180.001-1

TOTAL A PAGAR

$ 6.220

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

FOES: Consumo Kwh $Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 399.0 Tm: 56.0 PRn,m: 80.0 Dn,m: 290.0 Rm: 44.0 Cv,m: 2
02.0 CUv,n,m: 1074.3526 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit 891.180.001-1

Código de Cuenta : 927422678

Factura de Servicios Públicos No: 88197403

Periodo SEP 2025 Fecha de Vencimiento: 17/OCT/2025

Suspensión a partir de: 19/OCT/2025

Valor Total a Pagar $ 6.220

(415)7707274499679(8020)0927422678(3900)0000006220(96)20251017

Señor cajero favor dejar libre de sellos tanto al frente como al respaldo de esta factura

SAMI Version 1.3.1 25031714 Lector 7409

seguros mundial

Accidentes personales

Protegemos tus pasos



Nº Póliza:	2000648401
Tomador:	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS
Nombre de Asegurado:	YAIR HERNANDO CHAPENO PETE
ID Asegurado: 1084579994	**Vigencia Desde:** 2025/08/18 — **Vigencia Hasta:** 2026/02/24
$5.000.000,00	$5.000.000,00

Linea de atención

Linea nacional:
01 8000 112 684
en caso de accidente.

Conoce nuestra **red médica**

Página web:

En caso de accidente comunicate a nuestra linea **018000112684.**
Para más información acerca de la póliza comunicate a nuestras líneas:

Desde Bogotá: 3274712/13
Linea nacional: 018000111935
Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmundial.com.co